



Zgoda Zabieg Diagnostyczny – Terapeutyczny w Trybie Jednodniowym / Ambulatoryjnym

Nr księgi głównej (ID):

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Rozpoznanie wstępne:

.....

Planowany zabieg:

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowane postępowanie oraz poinformowałem go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w jego przebiegu, lub w wyniku jego zastosowania.

Podpis lekarza

Lekarz (pieczętka)

.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem postępowania diagnostycznego/lecniczego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie.
- Wyrażam także zgodę na podanie mi leków przeciwbólowych i usypiających (jeśli będą potrzebne).
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu postępowania w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu zabiegowego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anesteziologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Przyjmuję do wiadomości, że medycyna nie jest nauką ścisłą i czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu diagnostyczno-leczniczego pomimo zachowania najwyższej staranności.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam świadomą zgodę oraz proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

Lublin, dnia

Podpis Pacjenta

.....

Podpis lekarza

Lekarz (pieczętka)

.....



Aby zmniejszyć ryzyko powikłań, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania (poprawną odpowiedź zakreślić kółkiem):

1. Czy istnieje u Państwa zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów?

TAK NIE

2. Czy zaobserwowali Państwo skłonność do łatwego powstawania „siniaków” na skórze?

TAK NIE

3. Czy przyjmują Państwo leki przeciwkrzepliwe (np. Acenocumarol, Sintrom, Syncumar, Warfain, Clexane, Fraxiparine, Fraxodi)?

TAK NIE

4. Czy przyjmują Państwo niesterydowe leki przeciwzapalne (np.: Majamil, Voltaren, Diclac, Diclo – Duo, Piroxicam, Ibuprofen, Ketonal, Febrofen), aspirynę (np.: Aspirin, Acard, Polocard, Bestpirin, Polopiryna, Acesan), leki przeciwplatekcyjne (np.: Aclofin, Ticlo, Apo – clodin, Plavix, Areplex)?

TAK NIE

5. Czy są Państwo uczuleni na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę?

TAK NIE

6. Czy mają Państwo wszczepiony „rozzrusznik” serca lub endoprotezę?

TAK NIE

7. Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE

8. Czy są Państwo leczeni z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?

TAK NIE

9. Czy są Państwo leczeni z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne)?

TAK NIE

Jeśli tak, to jakich?

10. Czy byli Państwo dotychczas operowani?

TAK NIE

Jeśli tak, to proszę wymienić operację, szczególnie te wykonane w obrębie brzucha:

.....
.....

W razie jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o pytania. Pielęgniarka bądź lekarz postarają się wyjaśnić Państwu wszystkie wątpliwości.